指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届について

（指定訪問看護事業者等）

次の事項に変更があったときは，変更のあった事項及び変更年月日について速やかに次の書類を提出してください。

**変更事項**

1. 訪問看護ステーション等の名称及び所在地
2. 指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名，生年月日，住所及び職名
3. 指定訪問看護事業者等である旨
4. 訪問看護ステーション等において指定訪問看護又は訪問看護に係る指定居宅サービス若しくは介護予防訪問看護に係る指定介護予防サービスに従事する職員の定数
5. その他必要な事項

**提出書類**

（１）様式第35号　　【指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書】

※ ②の代表者の変更（住所のみの変更を除く）の場合は，本人による署名又は記名押印が必要です。その他の変更については押印不要です。

（２）添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事項  の番号 | 添付書類 |
| ① | **・名称及び所在地の変更において以下の指定通知書等に変更があった場合**  指定訪問看護事業者の指定通知書の写し  指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定決定通知書の写し |
| ②，③ | **・②，③の変更において以下の指定通知書等に変更があった場合**  指定訪問看護事業者の指定通知書の写し  指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定決定通知書の写し |
| ④ | ・別紙【訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス若しくは指定介護予防サービスに従事する職員の定数】  　※変更前と変更後が必要 |

注１　変更事項によっては，上記の添付書類一覧以外にも書類が必要な場合がございます。

２　上記内容に関する不明点や上記以外の事項に変更が生じた場合は，障がい福祉課までご相談ください。

**（誓約項目）**

　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第３項で準用する同法第36条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）に該当しないことを誓約すること。

１　第４号関係

　　申請者が，禁錮以上の刑に処せられ，その執行を終わり，又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

２　第５号関係

　　申請者が，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律その他の法律（児童福祉法，医師法，歯科医師法，保健師助産師看護師法，医療法，身体障害者福祉法，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律，薬事法，薬剤師法，介護保険法）で定める規定により罰金の刑に処せられ，その執行を終わり，又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

３　第５号の２関係

　　申請者が，労働に関する法律（労働基準法，最低賃金法，賃金の支払の確保等に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ，その執行が終わり，又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

４　第６号関係

　　申請者が，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され，その取消しの日から起算して５年を経過していない。

　（１）指定を取り消された者が法人である場合

　　取消しの処分に係る行政手続法（平成５年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で，取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。

　（２）指定を取り消された者が法人でない場合

　　取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。

５　第８号関係

　　申請者が，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で，申出の日から起算して５年を経過していない。

６　第９号関係

　　申請者が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で，申出の日から起算して５年を経過していない。

７　第10号関係

　　第８号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において，申請者が，第８号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で，申出の日から起算して５年を経過していない。

８　第11号関係

　　申請者が，指定の申請前５年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

９　第12号関係

　　申請者が，法人で，その役員等のうちに第４号から第11号までのいずれかに該当する。

10　第13号関係

　　申請者が，法人でない者で，その管理者が第４号から第11号までのいずれかに該当する。

様式第35号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

　　年　　月　　日

高　知　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者　　 　　　　　　　　　　　（※）

　　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため，次のとおり届け出ます。

　　また，変更の内容が開設者の変更（住所のみの変更を除く。）に係るものである場合は，同法第59条第３項において準用する同法第36条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

（※）　変更の内容が開設者の変更（住所のみの変更を除く。）に係るものである場合において，本人が手書きしない場合は，記名押印してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定自立支援医療機関 | | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 開設者又は  代表者 | | 住所 |  | | |
| 氏名又は名称 |  | | |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 変  更  内  容 | 事項 | | 変更前 | 変更後 | |
|  | |  |  | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 変更の理由又は概要 | | |  | | |

注１ 届出者の「代表者」については，指定訪問看護事業者，指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の場合に記入してください。

２　薬局における管理薬剤師の変更については，「変更前」欄に変更前の管理薬剤師の氏名，保険薬剤師登録票の「記号及び番号」と「登録年月日」を記載してください。

３　変更事項に係る添付書類（経歴書等）が必要となります。

様式第35号**【記載例】**

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

**令和○**年**○**月**○**日

高　知　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

住所又は所在地　**高知市本町５丁目１－４５**

**指定を受けていない医療は，二重線を引く**

氏名又は名称　**株式会社　○○**

代表者　**代表取締役　高知　太郎**（※）

**開設者の変更（住所のみの変更を除く）で，開設者（個人・法人代表者）本人による署名の場合，押印は不要です。**

**※本人署名でない場合は押印が必要です。**

**その他の変更の場合は，署名及び押印は不要です。**

　　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため，次のとおり届け出ます。

　　また，変更の内容が開設者の変更（住所のみの変更を除く。）に係るものである場合は，同法第59条第３項において準用する同法第36条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

　（※）　変更の内容が開設者の変更（住所のみの変更を除く。）に係るものである場合において，本人が手書きしない場合は，記名押印してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定自立支援医療機関 | | 名称 | **訪問看護ステーション○○** | | |
| 所在地 | **高知市本町５丁目１－４５** | | |
| 開設者又は  代表者 | | 住所 | **高知市本町５丁目１－４５** | | |
| 氏名又は名称 | **株式会社○○　代表取締役　高知　太郎** | | |
| 生年月日 | **昭和○年○月○日** | 職名 | **代表取締役** |
| 変  更  内  容 | 事項 | | 変更前 | 変更後 | |
| **・訪問看護ステーションの名称及び所在地**  **・職員の定数** | | **訪問看護ステーション△△**  **高知市本町○丁目△－□**  **別紙のとおり** | **訪問看護ステーション○○**  **高知市本町５丁目１－４５**  **別紙のとおり** | |
| 変更年月日 | | | **令和○**年**○**月**○**日 | | |
| 変更の理由又は概要 | | | **ステーションの移転により** | | |

注１ 届出者の「代表者」については，指定訪問看護事業者，指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の場合に記入してください。

**生年月日及び職名も必ず記入**

**変更理由を必ず記入**

２　薬局における管理薬剤師の変更については，「変更前」欄に変更前の管理薬剤師の氏名，保険薬剤師登録票の「記号及び番号」と「登録年月日」を記載してください。

３　変更事項に係る添付書類（経歴書等）が必要となります。

（別紙）

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第８条第４項に規定する訪問看護に限る。）若しくは指定介護予防サービス（介護保険法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 定数 |
|  |  |

注　保健師，看護師，理学療法士，作業療法士等の職種ごとにその定数を記入すること。